

durer longtemps. Par ce haut orifice s'écoule, pendant un temps variable, mais le plus souvent considérable, un liquide séropurulent. Puis le trajet fistuleux se ferme, la cavité de l'abcès se comble et il ne reste de tout cela qu'une cicatrice déprimée, adhérente à la masse fibreuse, qui représente les parois de l'abcès hypertrophiées juxtaposées.

D'autres fois, l'abcès peut être volumineux, mais la prolifération tuberculeuse cesse: la paroi est fibreuse, le liquide contenu laisse déposer les particules solides qu'il renferme. On se trouve en présence d'un véritable kyste à contenu séreux, à paroi fibreuse. Ces kystes ont été étudiés par Nicaise (1). Cette forme d'abcès froid est rare.

Avant de décrire les deux variétés les plus importantes des abcès froids du thorax, il me faut signaler un fait fort intéressant.

Si l'on compulse un nombre considérable d'observations, on est fort étonné de voir qu'ils occupent, très souvent sinon toujours, trois sièges principaux :

1° en arrière, au niveau de l'angle des côtes; 2° latéralement, le long d'une ligne perpendiculaire tirée au sommet de l'aisselle; 3° en avant, près du sternum. Or, il est intéressant de remarquer que c'est pour ces points que sortent les vaisseaux et nerfs perforants intercostaux.

ABCÈS FROIDS D'ORIGINE PLEURO-PULMONAIRE. — Ces abcès froids consécutifs à la tuberculose de la plèvre, sont formés ordinairement de deux poches, l'une sous-costale, l'autre sus-costale, communiquant entre elles par un ou plusieurs orifices.

*Poche sous-costale.* — L'étendue, l'importance de cette poche, sont d'ordinaire beaucoup plus considérables que celles de la poche sous-cutanée. Elle est formée en dedans par la plèvre pariétale considérablement épaissie, souvent adhérente au poumon, et parsemée de noyaux tuberculeux en voie de ramollissement. Quelquefois, sur cette plèvre, on voit, par un examen attentif, des trajets qui s'enfoncent dans le poumon. J'en ai vu un exemple avec M. Poirier. Stéphane Paget, dans son *Traité des maladies de poitrine* (1896), en signale un cas : « La plèvre au niveau de l'abcès était fort épaissie. Les granulations enlevées, on vit une fistule de 10 centimètres de long courant directement dans le poumon. Les parois en furent grattées, un fragment de tissu pulmonaire induré fut retiré. Alors 1/2 once d'un pus peu épais vint de l'intérieur du poumon. Drainage, guérison au bout de cinq semaines. »

*Paroi externe.* — Les côtes et les muscles intercostaux revêtus de l'aponévrose endothoracique de Luscka forment cette paroi externe. Tantôt les côtes et les muscles ont résisté; tantôt le tubercule tend à les envahir.

Le début, comme l'ont montré Kiéner et Poulet, se fait par des granulations, des nodules tuberculeux qui apparaissent, soit au milieu des parties molles, soit sur le périoste des côtes. J'ai montré

(1) NICAISE, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879.

à la Société anatomique une belle pièce d'abcès froid sous-costal, avec quelques nodules sur le périoste des côtes.

Souvent, le périoste est détruit, et l'on trouve alors, après l'ouverture de l'abcès, deux, trois, quatre côtes érodées, dans une étendue variable.

La poche superficielle, qui limite l'abcès sus-costal est formée en dedans par le grill costal, et, en dehors par les parties molles. Elle est toujours irrégulière, bridée par les faisceaux musculaires qui vont s'insérer aux côtes; elle offre des diverticules, des prolongements variables suivant les cas.

Le contenu de ces abcès est variable. C'est un liquide purulent, souvent séreux, mal lié, grumeleux; il est associé, le plus souvent, à de nombreuses fongosités qui siègent à la périphérie de la poche et qui, dans certains cas, forment la masse presque totale.

*Trajet de communication.* — En examinant soigneusement la paroi costale, après avoir enlevé la poche de l'abcès superficiel, on voit l'orifice ou les orifices de communication.

Ce qui permet de le reconnaître, c'est, parfois, l'écoulement d'une certaine quantité de pus venu de la profondeur. Mais, le plus souvent, il ne faut pas compter sur ce signe. On voit seulement, en effet, une masse fongueuse au niveau ordinairement du bord inférieur de la côte supérieure. En suivant ce trajet fongueux, dont la direction est parfois oblique en divers sens, on arrive sous les côtes et on tombe au milieu de l'abcès sous-costal. Dans d'autres cas, au contraire, on trouve à travers les fibres intercostales, un orifice irrégulier, déchiqueté, circonscrit par les fibres musculaires ramollies. Cette ouverture peut être assez considérable et présenter, comme dans un cas de Leplat, jusqu'à 2 centimètres de diamètre.

Les côtes, au voisinage de ces abcès, présentent des lésions diverses. Tantôt, comme je l'ai indiqué précédemment, elles sont érodées à leur face interne, sur une étendue variable, tantôt elles sont intactes à leur face interne, et le bord inférieur de la côte est seul lésé au niveau du trajet de communication. Mais, très souvent, on ne trouve, malgré des recherches minutieuses, aucune lésion osseuse.

Les cartilages costaux sont parfois détruits par contiguité. Il ne peut s'agir là de lésions primitives du cartilage, car les recherches de Poulet et Kiéner, de Kœnig, de Cornil, ont montré que la tuberculose primitive du cartilage n'existe pas.

ABCÈS FROIDS D'ORIGINE GANGLIONNAIRE. — Les lymphatiques de la plèvre ont été niés par Sappey, n'ont jamais été injectés au mercure, mais Mascagni a montré qu'on peut recourir, dans leur recherche, à l'introduction de liquides colorés dans la plèvre; ces liquides sont absorbés et les vaisseaux deviennent visibles à partir de leurs pores d'origine.

Dibkowsky (1866), injectant du bleu de Prusse dans la cavité pleurale, a montré que les lymphatiques de la plèvre costale allaient se

rendre, en avant, dans les troncs lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux mammaires internes, et, en arrière, dans ceux qui sont situés de chaque côté de la colonne vertébrale. Ces recherches furent confirmées par celles de Schweiger-Seidel et Dogiel.

En 1887, Sanchez Toledo, dans sa thèse sur les rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire, reprend ces recherches et constate la réalité de la communication des lymphatiques de la plèvre costale avec les réseaux sous-jacents. J'ai repris moi-même ces expériences en 1893, et suis arrivé au même résultat.

J'ai essayé d'injecter au mercure les lymphatiques des adhérences pleurales, et j'ai eu la satisfaction de voir ces vaisseaux se remplir de mercure, gagner la paroi costale et venir se réunir aux lymphatiques intercostaux. J'ai montré le résultat de mes injections à M. le professeur Sappey et à M. Poirier, qui ont bien voulu reconnaître que c'étaient réellement des vaisseaux lymphatiques que j'avais injectés.

Ces quelques notions d'anatomie nous portent donc à admettre une variété d'abcès froids consécutifs à une adénite tuberculeuse. Les observations en sont peu fréquentes, car ces adénites à marche torpide évoluent presque sans symptômes. J'ai déjà signalé un cas de M. Verneuil, où les ganglions mammaires internes étaient caséifiés. Sanchez Toledo a réuni 14 cas de tuberculose des ganglions axillaires. Dans plusieurs de ces cas, il existait, en même temps, dans les ganglions intercostaux latéraux situés entre les muscles intercostaux internes, des masses tuberculeuses. J'ai observé, dans le service de M. Tillaux, un abcès ganglionnaire sus-claviculaire qui communiquait avec un abcès sous-claviculaire. L'orifice de communication siégeait sous la clavicule. Il n'existait aucune lésion osseuse.

**ABCÈS FROIDS CONSÉCUTIFS A L'OUVERTURE A LA PEAU D'UNE CAVERNE PULMONAIRE.** — Les observations en sont rares. J'ai déjà cité l'observation de Stéphane Payet. M. Poirier a constaté dans un cas une lésion semblable. J'ai recueilli dans le service de mon maître, M. Peyrot, un cas semblable. Il existait un abcès de forme allongée, situé sur la partie latérale de la colonne vertébrale qui se gonflait sous l'influence de la toux. Il y avait donc communication entre la poche de l'abcès et le poumon. L'orifice de communication se trouvait près de l'angle postéro-supérieur de l'omoplate.

**ABCÈS FROIDS D'ORIGINE OSSEUSE.** — Ces cas existent et sont même très nombreux. Les lésions osseuses sont variables. Tantôt, on ne trouve qu'une sorte d'érosion des côtes à leur face interne ou à l'un de leurs bords. Ce sont ceux qui prêtent à discussion. Il est difficile de dire si la lésion costale est primitive ou secondaire.

D'autres fois il y a une véritable destruction de la côte, qui parfois est fracturée. Le plus souvent, on trouve la côte creusée en un point par la carie qui a déterminé une véritable cupule.

**TUBERCULOSE DU STERNUM.** — Elle est assez fréquente, et peut amener une destruction presque totale de cet os. Elle peut débiter, soit par la face externe, soit par la face interne. Les lésions sont généralement étendues, et peuvent entraîner la résection totale du sternum, comme l'ont pratiquée MM. Le Fort, Ollier, Tuffier.

Le plus souvent, cependant, les lésions sont plus limitées, leur point de départ est souvent à la face interne, et le pus peut se faire jour à l'extérieur, après avoir perforé le sternum.

J'aurai, d'ailleurs, à revenir sur ce point à propos du traitement.

**Symptômes.** — Les abcès et gommés du tissu cellulaire de la paroi thoracique passent, ici comme ailleurs, par deux périodes. A la période de crudité, ils se présentent sous la forme de petites masses, dures, résistantes, de grosseur variable, mobiles sous la peau, indolores. Peu à peu, la petite tumeur augmente de volume, se ramollit lentement du centre à la périphérie et dès que la fluctuation devient manifeste, l'abcès est formé. Il se présente sous la forme d'une tumeur molle, indolente, dure à la périphérie, sans changement et coloration à la peau. Il subit l'évolution des productions tuberculeuses, c'est-à-dire qu'il peut s'ulcérer, se vider de son contenu, laissant subsister une fistule, ou bien encore subir la transformation kystique.

Les abcès d'origine pleuro-pulmonaire sont pendant longtemps ignorés. Ils ne se traduisent, pendant un temps variable suivant les cas, que par des phénomènes douloureux. Le malade, à la suite d'une pleurésie, éprouve, en un point limité de la paroi, une douleur d'intensité variable, souvent peu prononcée, à chaque mouvement respiratoire ou lorsqu'il fait un effort. La pression du thorax réveille rarement de la douleur, et presque toujours ces symptômes sont mis sur le compte d'une douleur névralgique. Beaucoup de malades, d'ailleurs, ne souffrent pas du tout, et leur attention est attirée par l'apparition d'une tumeur, soit, comme je l'ai déjà dit, à la partie antérieure du thorax, soit plus souvent sur ses parties latérales. Cette tumeur, allongée suivant le sens de l'espace intercostal, est d'ordinaire, au début, plutôt molle que fluctuante à sa partie centrale, indurée à sa périphérie; en effet, à cette période elle est surtout constituée par des fongosités. La douleur est nulle ou peu prononcée, et, fait important, les côtes qui limitent l'espace intercostal qu'elle occupe, ne sont pas douloureuses à la pression.

Parfois, cette tumeur apparaît rapidement, à la suite d'un accès de toux, disent certains malades. Il est probable, dans ce cas, que le pus collecté sous la côte s'est fait brusquement passage à travers l'espace intercostal pour venir faire saillie sous les téguments.

Peu à peu, la fluctuation devient manifeste, l'abcès est constitué. Tantôt cet abcès est réductible par la pression, et se reproduit si le malade tousse, tantôt, au contraire, il est irréductible. La réductibi-

lité indique que l'orifice de communication entre l'abcès sous-pleural et l'abcès externe est large.

Il est des cas où la saillie externe n'existe pas, il y a plutôt une voussure limitée à un espace, au milieu de laquelle on arrive, au bout d'un certain temps, à percevoir une fluctuation plus ou moins nette.

Abandonné à lui-même, l'abcès évolue lentement, comme tous les abcès froids. Peu à peu il augmente de volume, distend la peau qui rougit, s'ulcère, livrant passage au contenu de la poche purulente. Si l'orifice de communication entre l'abcès péripleurale et l'abcès superficiel est large, le pus peut s'avancer assez facilement. Mais ces cas sont rares, et, en général, l'abcès superficiel représente plutôt une colonie bacillaire partie de l'abcès profond, que le trop-plein de celui-ci. Aussi l'évolution de la tuberculose sous-pleurale continue-t-elle, et, si l'on n'intervient pas, l'on voit la cavité s'accroître, les côtes, le sternum se dénuder et être envahis par la nécrose et la carie tuberculeuse. Une fistule s'installe, qui, alimentée sans cesse, n'a aucune tendance à se fermer. Des infections secondaires peuvent venir aggraver l'état du malade, qui succombe à des phénomènes d'hecticité.

Les abcès froids osseux débutant par la face interne de la côte, à part une douleur vive à la pression, se conduisent comme les précédents. Il se forme d'abord une collection sous-costale, qui évolue à l'extérieur, cheminant à travers l'espace intercostal. Mais les abcès développés à la face externe de la côte, ont une évolution clinique qui permet assez facilement de les reconnaître. Au début, ils se présentent sous la forme d'une petite tumeur dure, adhérente à l'os sur lequel elle siège, et qui est douloureux. Peu à peu, elle se ramollit, devient fluctuante, s'ouvre à l'extérieur, et arrive, comme la précédente, à la période de fistulisation.

La tuberculose du sternum peut occuper, soit la face interne, soit la face externe de cet os. Quand elle siège en avant du sternum, elle présente à peu près les mêmes caractères que sur la face externe des côtes. Au contraire, si elle occupe la face profonde, elle évolue lentement sous le périoste, et le surtout ligamenteux qui double le sternum, érode, détruit cet os sur une grande étendue, amène des luxations de ces différentes pièces, ou des fractures. L'abcès formé peut se faire jour à l'extérieur, soit à travers un espace intercostal près du bord sternal, soit à travers l'os lui-même perforé. D'autres fois, il existe un vaste abcès rétro-sternal. Ce qu'il faut bien retenir, c'est que quand on intervient pour ces abcès, il faut toujours s'attendre à trouver des lésions bien plus considérables que celles que pouvait laisser supposer l'examen clinique.

Quelle que soit la forme d'abcès à laquelle on ait affaire, la marche en est lente, sans tendance aucune à la guérison si l'on n'intervient pas directement. Après l'ouverture, soit spontanée, soit chirurgicale

mais incomplète, on voit persister une fistule intarissable. Le malade s'affaiblit, se cachectise, et souvent la mort survient du fait de complications tuberculeuses, ou simplement par suite de la durée de la suppuration.

Le pronostic en est donc toujours assez sérieux, surtout dans le cas de lésions sternales, et suivant l'existence ou l'absence de lésions tuberculeuses en d'autres points de l'économie.

**Diagnostic.** — En général facile à reconnaître, l'abcès froid des parois thoraciques a cependant donné lieu à des erreurs de diagnostic. A la période de crudité, il a été confondu avec des tumeurs solides : chondromes, sarcomes. J'ai vu un cas où cette confusion fut faite avec le sarcome. La présence d'une fluctuation franche, qui ne tarde pas à paraître, permettra d'éviter cette erreur ; dans le cas de doute une ponction exploratrice, amenant un peu de pus, tranchera la question.

L'abcès au début a pu être confondu avec une gomme syphilitique, et le diagnostic en est parfois fort difficile quand le malade ignore ou nie sa syphilis. J'ai observé un malade, qui avait subi, dans un service, une opération pour abcès froid du thorax, et qui vint à la Charité, porteur d'une tumeur siégeant sur la partie moyenne du sternum. Cette tumeur était molle à son centre, dure à la périphérie. Cet homme, qui était de bonne foi, niait toute syphilis. Comme il se plaignait de douleurs violentes à la tête, on s'aperçut en l'examinant attentivement, qu'il avait sur la région frontale deux petites masses dures qui augmentèrent assez rapidement. En présence des résultats de cet examen, un traitement antisyphilitique fut prescrit et le malade vit disparaître les maux de tête et les tumeurs. Steph. Paget, rapporte d'après Müller, un cas de ce genre. Aussi la conclusion à tirer de ces faits est que, dans tous les cas douteux, un essai patient doit être fait de remèdes antisyphilitiques employés à large dose.

Quand l'abcès est constitué, il sera difficile de le confondre avec un kyste. Ceux-ci sont d'ailleurs rares, plus franchement résistants ou fluctuants, et ne présentent pas à leur périphérie cette zone indurée qui se rencontre à la périphérie de l'abcès.

Est-il possible de savoir si l'abcès est dû à une lésion pleurale ou costale ?

Dans le cas d'abcès développés aux dépens de la face externe de l'os, la douleur, l'adhérence à la côte permettront facilement de le reconnaître. Mais il n'en est pas de même si l'abcès, d'abord sous-costal, est venu s'étaler sous la peau à travers l'espace intercostal perforé. La constatation d'une pleurésie ancienne dans les antécédents des malades, l'absence de douleur à la pression exercée sur la cage thoracique, feront pencher la balance en faveur de l'origine pleurale primitive. Dans certains cas, l'abcès s'est développé à la suite d'une ponction de pleurésie au point où l'aiguille a été enfoncée. Il y a eu

là une sorte d'inoculation directe. Les cas en sont rares ; cependant, j'ai pu en réunir 4 cas dont 2 m'ont été communiqués par MM. Letulle et Vaquez. Mais, dans beaucoup de cas, en dehors d'antécédents pleurétiques bien nets, le diagnostic du début précis de la lésion, restera en suspens, et ne sera tranché que par l'intervention. Bien plus, la constatation d'une lésion osseuse ne prouvera pas que l'os a été le point de départ de l'abcès, étant donné qu'il a pu être érodé, détruit au contact de l'abcès pleural.

**Traitement.** — Les abcès superficiels développés aux dépens du tissu cellulaire, seront traités comme ceux des autres régions, soit par des injections modificatrices, soit par l'ablation de la poche, soit par le grattage à la curette tranchante de ses parois, suivie de la cautérisation au chlorure de zinc. Les injections d'éther iodoformé, de naphthol camphré ont donné quelques résultats. M. Peyrot se sert de la solution suivante :

Naphthol.....	5 grammes.
Alcool à 90°.....	33 —
Eau.....	60 —

La poche, vidée par une ponction faite avec un trocart, est remplie de 80 grammes en moyenne de cette solution. Cette petite opération est renouvelée tous les huit jours, et, la guérison s'obtient, en général, après 8 ou 10 injections.

Dans le cas de lésions osseuses superficielles, sans abcès sous-costal, l'ouverture de l'abcès, l'ablation de ses parois, la résection de la portion du côté malade, sont indiquées.

Mais dans les abcès en bissac à poche sous-pleurale et sous-cutanée, que peuvent faire les injections ? Rien, puisqu'elles n'atteindront pas l'abcès profond, que la ponction même de l'abcès superficiel n'aura pu vider. J'ai réuni dans ma thèse un certain nombre d'observations où l'injection n'a amené aucun résultat.

L'incision large est donc la méthode de choix. Le tracé de l'incision doit dépasser de beaucoup les limites de l'abcès superficiel, si l'on veut avoir du jour et explorer à son aise l'espace intercostal, pour aller à la recherche du trajet qui fait communiquer les deux poches. On fera donc, au niveau de l'abcès, une incision courbe à convexité inférieure. Autant que possible, on ménagera par une dissection soignée, la paroi de l'abcès de façon à pouvoir l'enlever dans son entier. Arrivé sur l'espace intercostal, le trajet trouvé, une sonde cannelée sera introduite à travers, et on explorera la poche profonde. Puis l'espace intercostal sera incisé, et, si l'on veut explorer l'abcès profond dans toute son étendue, il faudra réséquer les portions de côte qui forment sa paroi externe. A la curette tranchante, l'on grattera hardiment les parois de l'abcès, sans craindre d'ouvrir la plèvre, qui considérablement épaissie, est très résistante. Toutes les fongosités enlevées, tous

les trajets bien explorés et nettoyés, on cautérisera dans ses plus petits recoins ce qui reste de la paroi, au chlorure de zinc. Le lambeau cutané sera rabattu et suturé. Mais il faut toujours avoir soin de faire un drainage soigné, qui évitera l'accumulation du sang qui suinte en nappe de tous les côtés. L'ablation des portions de côte répondant à la poche permettra la cicatrisation plus rapide. La guérison est souvent longue à se faire, mais s'obtient la plupart du temps, si l'on se conduit comme je viens de le dire.

Lorsque le sternum est atteint, il faut bien se pénétrer de cette idée que l'intervention, comme d'ailleurs dans le cas précédent, sera longue et toujours sérieuse.

Le chirurgien peut être amené, en effet, comme le firent MM. Ollier, Tuffier, Rizzoli, Le Fort, à réséquer tout le sternum ou du moins sa presque totalité. Nicaise, dans un cas, enleva l'extrémité supérieure du sternum, l'extrémité sternale de la clavicule gauche, et une partie des deux premiers cartilages costaux. Ollier fit une incision de dix centimètres de haut en bas, au niveau du sternum, passant par le milieu de la fistule. Le Fort, Tuffier firent une incision cruciale.

Quelle que soit l'incision cutanée, le sternum étant découvert, il faut l'examiner avec soin, enlever les séquestres que l'on trouvera et, si l'os est perforé, introduire une sonde cannelée pour bien se rendre compte de la poche rétro-sternale. Le sternum sera réséqué à la pince coupante dans toute l'étendue de cette poche, qui, bien nettoyée, grattée, cautérisée au chlorure de zinc, sera ensuite largement drainée.

Le traitement général devra, bien entendu, être institué dans tous ces cas.

#### IV. — ABCÈS DU TISSU CELLULAIRE SOUS-PLEURAL OU PÉRIPLEURITE

Il est habituel d'attribuer à Wunderlich la première description de l'abcès du tissu cellulaire sous-pleural de la paroi thoracique, bien que Boyer l'ait étudié dans un chapitre spécial et en ait donné une description complète.

La péripleurite primitive est extrêmement rare. Quelques observations en ont été publiées en Allemagne, par Billroth, Bartels, Riegel. En France, La Chapelle en a fait le sujet de sa thèse inaugurale en 1868. Barth, en 1880, en a publié une intéressante observation. Bouveret (1), Peyrot (2) lui consacrent un court chapitre, Auclert (3), dans sa thèse, en rapporte une observation.

Les péripleurites secondaires sont de beaucoup plus fréquentes : elles peuvent succéder à des pleurésies aiguës, chroniques ou tuberculeuses ; ces dernières seront étudiées avec les abcès froids du

(1) BOUVERET, *Traité de l'empyème*, Paris, 1888, p. 435.

(2) PEYROT, *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. VI.

(3) AUCLERT, thèse de Lyon, 1893.

thorax. Les lésions osseuses, tuberculeuses ou ostéomyélitiques, leur donnent fréquemment naissance. M. Berthomier a rapporté au Congrès français de chirurgie (1891), deux observations de péripleurite d'origine ostéomyélitique.

Nous n'aurons à décrire ici que les *péripleurites primitives aiguës*.

**Étiologie.** — L'étiologie est fort obscure. On a invoqué l'influence du froid, un traumatisme antérieur. Chez les deux malades de La Chapelle, cette dernière cause était relevée, et l'auteur présume que ce traumatisme a provoqué un épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-pleural, épanchement qui, sous l'influence d'une cause accidentelle, est devenu suppuré.

**Symptômes.** — Le début est généralement marqué par des frissons, de la fièvre, un point de côté; la toux et la dyspnée sont d'ordinaire peu prononcées. L'exploration du côté malade n'y fait guère découvrir qu'une zone de submatité et d'obscurité de la respiration dans la région douloureuse. Ces symptômes se soutiennent au même degré pendant plusieurs jours, et le malade éprouve des frissons irréguliers.

Une fois le pus formé, la collection se manifeste à l'extérieur, dans l'endroit qui a été constamment le siège de la douleur, par un engorgement pâteux qui augmente de jour en jour, et, dans lequel, la fluctuation ne tarde pas à se faire sentir. En général, cette tuméfaction devient appréciable trois ou quatre semaines après le début, bien plus tôt par conséquent que la tumeur de l'empyème de nécessité et mieux limitée qu'elle. Les phénomènes généraux augmentent: la fièvre revêt les caractères de la fièvre de suppuration, et, dans la zone de matité, on perçoit les signes de la compression du poumon, de l'obscurité de la respiration, du souffle et même de l'égophonie.

Lorsque l'abcès n'est pas incisé, la peau rougit, s'enflamme, s'ulcère, et un pus bien lié, crémeux, comme dans toute suppuration phlegmoneuse, s'écoule au dehors; si l'on n'intervient pas, il reste une fistule thoracique aboutissant à une poche purulente sous-pleurale. Rarement l'abcès s'ouvre dans la plèvre. Cependant, il existe deux cas de ce genre, l'un rapporté par Bartels; l'autre par Barth; dans ce dernier cas, la plèvre pariétale, sur une étendue d'une pièce de deux francs, avait été perforée par suite de la chute d'une escarre.

Fréquemment, il existe de la néphrite parenchymateuse. Il peut y avoir des abcès multiples; ainsi, chez un malade de Wunderlich, on trouva, outre un volumineux abcès sous la plèvre pariétale du côté gauche, de nombreux abcès plus petits sous la même plèvre, sous la plèvre pariétale du côté droit, sous l'endocarde, sous le péritoine hépatique, et dans les reins.

**Diagnostic.** — A toutes ses périodes, l'abcès sous-pleural doit être distingué de la pleurésie enkystée, et ce diagnostic, souvent difficile

au début, ne peut être établi que par une étude attentive des signes physiques et fonctionnels.

En général, cependant, il est possible de distinguer ces deux lésions. A l'inspection, l'élargissement de l'espace intercostal est bien plus prononcé dans l'abcès péripleural que dans l'empyème, et survient plus vite; il en est de même de la fluctuation. La zone de matité dans la péripleurite ne subit en aucune façon l'influence des diverses attitudes du malade.

D'après Bouveret (1), le siège de prédilection de la pléurésie est la paroi latérale du thorax, dont elle occupe la partie moyenne, de telle sorte qu'il existe, au-dessous de la matité, une zone sonore où l'on peut entendre un bruit respiratoire à peu près normal, tandis qu'il est bizarre qu'un empyème enkysté occupe une semblable situation. C'est en me basant sur ce signe, que je pus diagnostiquer une péripleurite, sur un prisonnier de la maison centrale de Poissy.

Dès que l'abcès est ouvert, la respiration s'entend dans toute l'étendue de la cage thoracique, même au niveau de l'orifice fistuleux. Il n'en est pas de même dans une pleurésie purulente, ouverte spontanément ou chirurgicalement à l'extérieur: le poumon dans ce cas, restant pendant un temps plus ou moins long, éloigné de la paroi thoracique.

**Pronostic.** — Généralement grave, en raison des caractères infectieux de la maladie.

**Traitement.** — Il faut ouvrir largement l'abcès dès qu'il est reconnu, bien que Billroth conseille de s'en tenir aux petites incisions. A l'incision, il sera même utile, dans certains cas, de réséquer un fragment de côte, ce qui permettra d'explorer facilement avec le doigt la poche purulente, d'en pratiquer la désinfection et d'établir un large drainage. Si l'empyème coexistait avec la péripleurite, on pratiquerait la pleurotomie au point le plus déclive, de façon à permettre une évacuation facile et complète du pus contenu dans la plèvre.

#### V. — PLEURÉSIE PURULENTE.

Dans un très important travail publié en 1888, Bouveret cherchait à établir une classification des pleurésies purulentes en deux groupes: 1° *pleurésie purulente primitive* comprenant: l'empyème d'origine traumatique, la pleurésie d'emblée suppurative, la pleurésie suraiguë de Fraentzel; 2° la *pleurésie purulente secondaire* succédant à des affections des organes et des tissus voisins de la plèvre, ou de la plèvre elle-même, ou encore apparaissant au cours d'une maladie générale, fièvre typhoïde, infection puerpérale, etc.

Cette classification, qui constituait une simple énumération, n'est pas acceptée par Courtois-Suffit, qui, « aux classifications étiologiques

(1) BOUVERET, Traité de l'empyème, Paris, 1888.